

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 43

DE

L'HÉMORRAGIE

GASTRO-INTESTINALE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1894

PAR

Charles MANGET

Né à Avocourt (Meuse), le 13 mars 1855

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHEVALIER DE L'ORDRE IMPÉRIAL DU DRAGON DE L'ANNAM

PHARMACIEN-MAJOR

AUX HÔPITAUX DE LA DIVISION D'ALGER

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien hôtel de la Faculté des Sciences

—
1894

DU MÊME AUTEUR

APPAREIL MOBILE A NIVEAU D'EAU POUR LABORATOIRE (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*).

AUTRE APPAREIL MOBILE A NIVEAU D'EAU FIXE (*Journal de Pharmacie et de Chimie*).

SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉTUVE WIESNEGG (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*).

FIOLES A JET, DITES HYGIÉNIQUES (*Journal de Pharmacie et de Chimie*).

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie. HÉDON (ch. de c.).	N...
Pathologie interne RAUZIER (Ch. du c.).	N...

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, <i>président</i> .		MM. GERBAUD, <i>agrégé</i> .
TRUC, <i>professeur</i> .		LAPEYRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire de mon Père

A ma Famille

A mes Chefs de l'Armée

A Monsieur le Professeur KIENER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

C. MANGET.

PRÉFACE

Un cas de melæna qui se produisit à l'hôpital militaire de Médéah, au mois de décembre 1893, survenant après les articles publiés sur le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* des 10 octobre et 10 novembre de la même année, nous engagea à le suivre attentivement et à faire sur l'hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né, des recherches que nous présentons aujourd'hui en quelques lignes.

Il n'est pas peut-être sans utilité, au moment de commencer ce travail, de faire remarquer la tendance qu'on a généralement, de confondre l'hémorragie gastro-intestinale avec le melæna, qui n'en est qu'une forme.

Nous nous proposons d'étudier, dans cet opuscule, un accident très rare.

Cette affection, qui ne s'observe d'après les relevés du professeur Hergott, de Nancy, qu'une fois sur deux mille naissances, est bien faite pour appeler l'attention lorsqu'on songe surtout à cet être fragile qui est un nouveau-né et à la quantité de sang vraiment effrayante qu'il peut perdre par hémorragie, les premiers jours qui suivent sa naissance.

Les ouvrages médicaux traitent cependant fort peu ce

sujet. Il semble même qu'en présence de la pauvreté des documents, après surtout la thèse inaugurale du docteur Dusser, traitée si magistralement et dans laquelle il a réuni tous les documents pouvant intéresser le melæna, il n'y eût plus rien à dire.

Cependant tous les travaux concernant l'hémorragie gastro-intestinale publiés jusqu'à ce jour, donnent bien les symptômes, la marche, la durée et la terminaison de la maladie ; mais l'étiologie reste obscure.

M. le professeur Baumel, que nous avons eu l'occasion de consulter, quant au choix de notre thèse, nous a engagé, en présence de l'obscurité planant toujours sur le melæna et au récit de deux cas survenus à la suite d'ingestion de sirop de chicorée, à remettre encore une fois cette question sur le tapis, et à dire ce que nous en savons.

C'est ce qui nous a encouragé dans cette tâche ardue.

Nous voulons donc, sans affirmer la nature de toutes les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né observées jusqu'à ce jour, *et qui peuvent tenir à des causes différentes*, dire que, dans les deux derniers cas que nous relatons, la maladie est survenue peu de temps après l'absorption d'un évacuant.

Nous pensons que c'est là une lueur dans cette obscurité et qu'il ne faut pas hésiter, dans bien des cas, à proscrire l'usage du purgatif aussitôt après la naissance.

Le titre de ce travail justifié, nous le diviserons en dix parties et un résumé.

Il me reste, avant de terminer cet exposé, à remercier tous ceux qui m'ont aidé dans ma tâche.

Je tiens aussi à rendre un hommage bien mérité à la compagnie de mes veillées, dont l'infatigable dévouement ne m'a jamais fait défaut.

Je veux également adresser mes remerciements à MM. le professeur Hergott, de Nancy, le professeur Barthe de Bordeaux, le docteur Barral de Nîmes, le docteur Oui, de Bordeaux, pour l'empressement qu'ils ont mis à répondre aux renseignements que je leur ai demandés. Que M. le professeur Estor veuille bien ici agréer l'expression de ma profonde gratitude pour la bienveillance qu'il m'a témoignée.

Enfin, que M. le professeur Grynfeldt, qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, daigne agréer ici mes bien sincères remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉMORRAGIE GASTRO-INTESTINALE
CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

HISTORIQUE

La littérature ancienne concernant la période gréco-romaine et les historiographes médicaux de la Renaissance, restent muets sur l'hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né, ou, du moins, ils ne paraissent pas y attacher une grande importance.

Il faut remonter à l'année 1723 pour trouver un cas d'hémorragie gastro-intestinale publié par le docteur Ebarth. Brebisius, qui longtemps a été considéré comme le premier ayant abordé cette étude, n'est donc en réalité que le second, puisque son travail date de 1737.

Tous les auteurs qui d'Ebarth à nos jours ont traité de cette

question de pathologie infantile, n'y ont pas vu les mêmes causes.

Au début et jusqu'à Hesse, l'exposé des accidents reste confus et l'étiologie incertaine.

Nous disions qu'Ebarth a relaté le premier une observation rapportée dans la thèse de Landau en 1874.

« Il y a peu de temps, une personne de qualité accoucha d'un enfant à terme qui, lorsqu'il vint au monde, était couvert de sang et qui vomit, peu après sa naissance, une certaine quantité de sang coagulé. D'après ce que j'appris de cette dame elle-même, elle aurait fait une chute la veille de l'accouchement. Comme, au moment de la rupture de la poche des eaux, il s'écoula du sang, j'ai supposé qu'au moment de l'accident il s'était produit une rupture des vaisseaux ombilicaux. Je fis prendre à l'enfant du sirop de chicorée avec de la rhubarbe, ce qui amena des selles sanglantes assez abondantes.

Nous sommes donc certain que le sang provenait de l'estomac de l'enfant et qu'il avait été avalé à la suite de la pénétration du liquide sanguin dans la cavité amniotique.

L'histoire clinique du nouveau-né ne présente plus rien d'intéressant.

On peut aussi penser qu'une lésion du fœtus ait pu être la cause d'une hémorragie. Le sang aurait été avalé par la bouche et aurait passé de là dans l'estomac. »

Il nous semble difficile d'admettre que, la rupture des vaisseaux s'étant faite la veille de l'accouchement, l'enfant ait pu vivre privé si longtemps de ses moyens de respiration fœtale. Il est plus logique de croire que la chute de la veille a pu produire un décollement partiel et prématuré du placenta, lequel a déterminé une hémorragie, et que, par suite de cette perte, l'enfant au moment de sa naissance s'est trouvé couvert de sang. Dans ces conditions, le nouveau-né a pu faire les premiers efforts d'inspiration et de déglutition qui ont amené dans

l'estomac le mélange de sang et de glaires dont la bouche était encombrée.

L'hématémèse primitive était simplement un melæna forme spuria, et le melæna vera qui a suivi l'ingestion du sirop de rhubarbe composé ne nous étonne pas.

Dusser, en 1889, admet cette raison du melæna spuria quand il dit : « La mère peut aussi fournir de différentes manières le sang que l'enfant rejettera après l'avoir avalé. Au moment de l'accouchement, le nouveau-né peut déglutir une certaine quantité de sang contenu dans les organes génitaux maternels ». Burgel, Schmidt, ont signalé ce fait. Dans le cas de Burgel, l'enfant vint au monde tout barbouillé de sang ; puis, immédiatement après sa naissance, il rejeta par vomissements quelques caillots. Stellvag observa la même chose chez un nouveau-né dont la mère avait eu une perte avant la naissance de l'enfant. Celui-ci avait non-seulement du sang dans la bouche, mais encore dans l'intestin, où il se trouvait mélangé avec le méconium.

En 1732, Brebisius nous parle encore d'un nouveau-né auquel on a administré du sirop de manne dans le but d'expulser le méconium. Nous ne nous étendrons pas sur cette observation, qui prendra place dans le courant de cette thèse. Le même auteur publia un autre cas rapporté et résumé dans la thèse du docteur Bozonet, qui nous amène à cette conclusion, que là encore l'huile d'amandes douces employée comme léger purgatif a déterminé une hémorragie.

OBSERVATION DE BREBISIUS

Rapportée dans la thèse du docteur Bozonet

« Pluripare de 26 ans, a un accouchement plus long et plus pénible que les précédents. L'enfant, bien conformé, paraît en bon état, excepté pour la respiration, qui est difficile. On lui administre promptement de l'huile d'amandes douces à l'effet d'évacuer le méconium. Expulsion par les vomissements et par les selles, d'un mucus noir très abondant ; établissement d'une respiration plus complète.

Les parents se rassuraient déjà, quand tout à coup, trente-six heures après l'accident, l'enfant se mit à vomir du sang, et cela à plusieurs reprises. La quantité ainsi rendue fut de 4 onces au moins. Les selles contenaient aussi beaucoup de sang noir et coagulé. Brebisius fit continuer l'huile d'amandes douces unie au spermaceti, et bientôt l'hémorragie fut arrêtée.

L'enfant très congestionné resta rouge encore, mais sans teinte ictérique. »

A la fin du XVIII^e siècle, Ettlinger, Riedlin, Trew, Storch, Trenka, mentionnent l'hémorragie gastro-intestinale. Pour ces auteurs, elle n'est qu'un accident des hémorrhoïdes et il faut l'attribuer à des congestions variqueuses des veines hémorrhoïdaires.

Mentionnons aussi l'anonyme suisse qui, d'après Landau et Kling, est le premier qui parla plus clairement du melæna.

Il l'attribue à une surabondance de sang qui demande un débouché.

Schmidt s'élève contre cette opinion, en raison de la rareté des cas observés ; il en arrive presque à mettre en doute

l'existence du melæna vera et à n'admettre que le melæna spuria. Pour lui, l'heureux dénouement de la maladie ne doit être attribué qu'à sa forme bénigne. La perte de sang provient de la succion d'un sein érodé, de l'absorption du sang maternel pendant l'accouchement ou d'une opération chirurgicale. Toutes choses qui constituent le faux melæna.

Plus tard, en 1825, Hesse aborde à nouveau la question et la traite d'une façon beaucoup plus intéressante ; il partage l'opinion de Schmidt et démontre que la source du sang étant inconnue, on peut admettre deux sortes de melæna : l'un dangereux, l'autre bénin.

Il croit aux convulsions et à la pléthore.

Les travaux de Billard, parus à la même époque, méritent d'être signalés en raison de leur importance et de l'étude approfondie qu'il a faite du sujet. Il incrimine les corps irritants, leur attribue la *congestion des muqueuses*, qui détermine l'hémorragie, et signale les ulcères du tube digestif.

Devergie, parlant des maladies du fœtus capables de déterminer la mort après sa naissance, « décrit les ulcérations dont il fait remonter l'origine aux derniers jours de la vie fœtale. »

Orfila, dans son *Traité de médecine légale*, les signale également.

Rahn-Escher, dans un article paru en 1835 sur la *Gazette Médicale*, nous entretient à nouveau du melæna ; il en fait une maladie héréditaire ; mais ses conclusions restent vagues.

Cruveilhier fait dériver l'hémorragie d'une congestion ou des ulcères.

Gendrin, Kiwisch, Lumpe, Hoffmann, etc., etc., ont chacun leur manière de voir.

Enfin Rilliet, qui a fait une étude très approfondie du melæna des nouveau-nés, établit comme Hesse deux formes de melæna (forme vera, forme spuria) ; il reconnaît l'existence

de l'ulcère, la congestion ; mais il avoue « conserver encore des doutes sur l'influence des causes occasionnelles. »

La période contemporaine fait lettre morte de toutes les opinions émises par les auteurs précédents ; elle fait de l'ulcère stomacal et duodénal déjà signalé la cause des hémorragies gastro-intestinales.

Von Busch, dans une relation, signale à l'autopsie l'existence d'un ulcère placé sur la grande courbure de l'estomac.

Gratzer admet l'ulcère comme cause étiologique.

Hecker et Buhl attribuent à ces ulcérations le plus grand nombre de cas de *melæna*. Ils en font la cause la plus répétée.

Rehn fait dériver l'ulcère de l'action destructive du suc gastrique sur la muqueuse.

Landau conclut, dans son travail, à l'ulcère, et ses théories font école.

Silbermann admet encore l'ulcère ; mais il prétend que les premiers efforts d'inspiration de l'enfant congestionnent l'estomac et l'intestin et préparent par ce fait une voie à l'action du suc gastrique.

Klebs vient représenter l'école microbienne ; il croit avoir découvert à plusieurs reprises une bactérie spéciale.

En Angleterre, la littérature médicale ne possède que peu d'observations d'hémorragie gastro-intestinale.

West fait dériver les hémorragies des compressions excessives que l'enfant a subies pendant l'accouchement.

Différents auteurs ont signalé les ulcérations de l'estomac et du duodénum, mais sans y attacher grande importance.

En France, de nos jours, le docteur Dusser fait l'historique de chacune des hémorragies gastro-intestinales et étudie les causes qui les produisent ; il les rattache souvent à l'ingestion du sang venant des mamelons de la nourrice, aux hémorragies venant du nez ou de la bouche de l'enfant. Dans les cas graves il parle d'une dégénérescence graisseuse ou d'hémor-

ragies multiples d'origine pyohémique (Klebs) qu'on retrouve à l'autopsie, enfin d'ulcères; et conclut en ajoutant que le plus souvent le sang retrouvé dans l'estomac ou l'intestin provient d'une cause difficile à préciser.

M. le professeur Grynfeldt pense qu'un trouble survenant dans la circulation hépatique peut amener des hémorragies de l'intestin déjà normalement congestionné.

Tout dernièrement le professeur Hergott, de Nancy, a commenté une observation relevée par lui ; il pense que c'est dans le cœur qu'il faut chercher l'étiologie des hémorragies gastro-intestinales.

ÉTIOLOGIE

Il existe chez le nouveau-né deux formes de melæna : le melæna spuria et le melæna vrai.

Dans la forme spuria, le sang provenant soit de l'extérieur soit de la bouche de l'enfant, est dégluti pour être rejeté spontanément sous forme d'hématémèse.

Quant au melæna proprement dit, les causes qui le produisent sont multiples ; elles formeront le chapitre dont nous allons nous occuper.

L'étiologie en est restée complexe pour tous les auteurs. Cela ne nous surprend pas, si l'on pense que les vaisseaux sanguins des nouveau-nés sont fragiles, peu résistants, qu'ils sont composés d'éléments anatomiques jeunes et que toutes les causes de stase sanguine, de mouvements péristaltiques exagérés, d'irritation plus ou moins prolongée, de perturbations dans la circulation, de traumatisme, peuvent amener la rupture des jeunes capillaires.

Le melæna ne découle pas d'un processus anatomique unique et les causes sont très différentes.

Réunissons et passons rapidement en revue les diverses opinions formulées.

Rilliet fait de l'hémophilie une affection héréditaire ; il admet l'influence des antécédents et base son opinion sur plusieurs cas observés dans la même famille.

La syphilis a été citée aussi comme cause prédisposante.

En Allemagne, Fischel a relevé deux observations concernant deux enfants atteints de lésions manifestes sur la peau et les muqueuses et qui moururent d'hémorragies multiples par le nez, les poumons, l'intestin.

A l'autopsie, aucune lésion des vaisseaux pouvant expliquer l'hémorragie ne fut cependant reconnue.

L'artérite syphilitique est susceptible de se manifester chez les enfants. Schulze a trouvé sur le cadavre de l'un deux, né d'une mère syphilitique et mort un quart d'heure après sa naissance, des altérations dans les artérioles de certaines régions.

De son côté, Hesse a signalé un cas où l'hémorragie fut expliquée par la présence d'un ascaride qui amena l'irritation des muqueuses. A l'autopsie, on ne put relever aucune morsure.

Rilliet et Barthez ont mentionné le scorbut et la variole. On sait que les entérorragies sont fréquentes au cours des maladies infectieuses.

Ritter, à l'hôpital de Prague, a observé que le melæna était accompagné d'ictère et de diarrhée.

Schwartz et Bouchut ont incriminé les lenteurs de l'accouchement pendant lequel la tête ou l'abdomen peut subir des violences ou des compressions.

Kiwisch prétend que la ligature prématurée du cordon peut amener du melæna, quand Budin nous apprend que cette manière de faire fait perdre à l'enfant 60 à 80 grammes dont il aurait pu bénéficier par une ligature tardive. La ligature prématurée ne peut donc amener de l'hyperhémie.

L'opinion de Porak serait plus rationnelle quand il explique l'hémorragie par la ligature tardive.

A signaler aussi les ulcérations stomacales ou duodénales qui proviendraient d'un processus morbide sur l'influence duquel différents auteurs ne sont pas d'accord.

Pour Rindfleisch, tous les mouvements péristaltiques exagérés

qui gênent le cours du sang et amènent la congestion de l'intestin peuvent déterminer l'hémorragie. Cette cause doit provenir, soit des contractions que fait l'intestin pour expulser son méconium, soit des actes mécaniques de la digestion.

« Il me paraît d'un intérêt capital, dit cet auteur, d'examiner la relation qui existe entre la contraction de la tunique musculaire de l'intestin et la répartition du sang dans la muqueuse qui la recouvre. On sait que les petits troncs artériels veineux, qui amènent le sang aux réseaux vasculaires des muqueuses stomacale et intestinale, traversent la tunique musculaire en suivant un trajet oblique. Ils sont entourés, en outre, d'une zone de tissu conjonctif lâche, qui, pour les artères, est assez forte ; de sorte qu'entre le vaisseau et les faisceaux musculaires il existe un espace assez large dans lequel le vaisseau peut se mouvoir ; cette gaine, très mince au contraire pour la veine, l'expose à une compression facile de la part des fibres musculaires lorsque celles-ci se contractent. En raison de cette disposition chaque contraction de la tunique musculaire de l'intestin gênera le cours du sang qui revient de la muqueuse ; il en résultera une réplétion notable, qui durera autant que la contraction elle-même et qui pourra devenir persistante si les contractions sont plus fréquentes. »

La cause du melæna par injection de matières irritantes eût été trouvée par Rindfleisch une raison suffisante pour expliquer l'hémorragie ; car les purgatifs végétaux : rhubarbe, manne, huile de ricin, agissent sur l'économie et activent les contractions péristaltiques de l'intestin.

Ribemont, commentant les idées de Rindfleisch, ajoute : « On peut penser qu'il n'est pas sans inconvénient de gorger les enfants d'aliments dès leur naissance. Quelques heures de diète ne sauraient porter un préjudice à leur santé et l'on aurait des chances de ne faire fonctionner leur intestin que

lorsque l'équilibre serait plus assuré dans les nouveaux points de la circulation et de la respiration.

« Il y a peut être dans la hâte que mettent souvent les mères à remplir de lait l'estomac de leur enfant, une cause importante d'hémorragie gastro-intestinale. »

Hesse, à son tour, est du même avis quant à la congestion des intestins. Mais pour lui cette congestion est produite par les troubles apportés dans la circulation par les premiers efforts de l'enfant pour respirer.

Billard admet de même la congestion, mais spécialement celle de la muqueuse stomacale du nouveau-né.

« Nous venons de voir, dit-il, qu'à l'époque de la naissance l'estomac des enfants était presque toujours injecté ; pour peu qu'il survienne un trouble quelconque dans la circulation générale ou pulmonaire, les vaisseaux abdominaux se trouvent gorgés d'un sang noir et liquide qui reflue vers les capillaires dont les branches multiples s'injectent, s'engorgent et donnent aux parois du ventricule un aspect strié ou rougeâtre... Le sang qui stagne dans les vaisseaux de l'estomac imbibe les parois, pénètre mécaniquement jusque dans le tissu cellulaire sous-muqueux, s'infiltré dans la membrane muqueuse elle-même et se trouve exsudé à la surface libre de cette membrane de manière à colorer avec plus ou moins d'intensité les mucosités qui la tapissent ou bien à y former une véritable hémorragie passive. »

De nos jours :

Klebs, avec la nouvelle école, invoque la septicémie et déclare avoir trouvé des bactéries dans le sang des nouveau-nés morts de melæna.

Dusser, après son remarquable travail de compulsion, après une étude très approfondie de tous les auteurs qui ont traité de la question, émet l'opinion suivante, « que le melæna primitif est dû le plus souvent à une congestion des voies gastro-

intestinales, amenée par un trouble respiratoire, un accouchement difficile, des excès alimentaires, etc., etc. »

M. le professeur Grynfeldt donne ainsi sa manière de voir : « Les recherches de Billard sur la muqueuse digestive ont montré quelles riches arborisations vasculaires présente la muqueuse de l'estomac et de l'intestin du nouveau-né. Mes autopsies m'ont confirmé ce point : on dirait que l'état normal de l'intestin est la congestion. D'un autre côté, le nouveau-né possède un organe très gros, très vasculaire, le foie. Eh bien ! qu'il se fasse du côté de ce dernier organe un peu de congestion, que sa circulation soit gênée, l'état de congestion intestinale qui existe normalement chez le nouveau-né se trouve du coup augmenté par le fait de ce trouble de la circulation hépatique. La tension s'exagérant du côté des veines mésentériques, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'hémorragie se constitue. La maladie, suivant un dicton de l'ancienne époque, n'est ici que l'exagération d'un état physiologique. »

Le docteur Joly, dans sa thèse inaugurale soutenue à Montpellier, dit que l'hémorragie du nouveau-né est due, soit à une transsudation des globules rouges, soit à une rupture des jeunes capillaires des muqueuses stomacale ou intestinale gorgées de sang.

« A la naissance, on trouve le foie très-volumineux, et comme toutes les glandes, et à cause même de son importante fonction, il est très vasculaire. Au moment où la circulation extra-fœtale est supprimée, le sang, qui allait au foie par la veine ombilicale, passe par la veine porte et il se produit de ce fait une hypertension dans les systèmes vasculaires porte et hépatique. D'un autre côté, la gêne respiratoire passagère qui a lieu à ce même instant amène une stagnation sanguine dans la veine cave inférieure ; l'écoulement de sang par les veines sus-hépatiques se trouve par suite considérablement ralenti ; le foie, ainsi distendu par le fluide sanguin, s'oppose au passage

du sang venu de l'intestin par la veine porte elle-même surchargée; il y a stase sanguine au niveau des muqueuses stomacale et intestinale et l'hémorrhagie peut se faire à la surface de ces muqueuses, soit par diapédèse, soit par rupture vasculaire. »

M. le professeur Hergott, de Nancy, dans la deuxième session de la Société obstétricale de France, 7 avril 1893, déclarait que dans un cas qu'il avait pu recueillir d'une femme ayant déjà précédemment perdu deux enfants d'hémorrhagie intestinale, l'examen du sang n'avait rien présenté d'anormal.

L'autopsie fit découvrir une réduction considérable des cavités et des parois du cœur gauche. M. le professeur Hergott donne ainsi l'explication de l'hémorrhagie gastro-intestinale. « Le sang, arrivé dans le ventricule droit, allait en très grande partie dans l'aorte, en passant par le canal artériel, de telle sorte que la petitesse relative du cœur gauche pouvait ne pas avoir une grande influence sur la petite circulation. La faible quantité de sang amené par l'artère pulmonaire dans un poumon qui n'avait pas encore à remplir ses fonctions d'hématose, y arrivait cependant en quantité suffisante pour apporter à cet organe les matériaux nécessaires à sa construction et à son développement.

» Mais lorsque le fœtus fut expulsé hors du sein maternel, les conditions ont changé, les échanges gazeux, indispensables à l'entretien de la vie, ne pouvant plus se faire dans le placenta, le poumon a dû le remplacer, il s'est mis à fonctionner, et le sang y a afflué pour y être oxygéné; malheureusement la communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte cessant normalement, le canal artériel, ce véritable canal de dérivation, s'est oblitéré, ou tout au moins, a diminué de calibre, et la petite circulation n'a pu s'établir que d'une façon très imparfaite. Le débit de sang amené dans l'oreillette par les veines pulmonaires devint insuffisant par suite de la petitesse des cavités

du cœur gauche incomplètement développé. Il se produisit une stase dans le poumon, dans l'artère pulmonaire, dans le cœur droit et dans les vaisseaux qui s'y rendent. La tension vasculaire devint très considérable, et « le sang qui stagnait dans les vaisseaux de l'estomac et de l'intestin, brisant bientôt, ainsi que l'a écrit Billard, cette faible barrière, imbiba la muqueuse et arriva à la fin à la surface libre de cette membrane, de manière à constituer une hémorragie passive. »

M. le docteur Oui, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, pense que ces hémorragies sont ou liées à des lésions mortelles, ou à des états pathologiques graves, alors que dans d'autres cas l'autopsie n'a démontré que la congestion des muqueuses stomacales ou intestinales.

A quel moment observe-t-on l'hémorragie gastro-intestinale du nouveau-né ?

Sur vingt cas, Rilliet a trouvé que l'apparition du sang était arrivée :

12 heures à 30 heures après l'accouchement chez 4 sujets.

1 jour	—	5	—
5 heures	—	1	—
2 jours	—	2	—
3 jours	—	1	—
4 jours	—	2	—
6 jours	—	2	—
11 jours	—	1	—
15 semaines	—	1	—
20 semaines	—	1	—

Les 37 cas recueillis par Silbermann ont donné les résultats suivants :

11 fois l'hémorragie s'était produite le 1^{er} jour.

16 — — — — 2^e —

6 — — — — 3^e —

2 — — — — 5^e —

1 — — — — 6^e —

1 — — — — 8^e —

En relevant les 78 observations signalées dans la thèse de
Dusser, nous sommes arrivés aux conclusions ci-après :

1° Apparition de l'hémorragie :

34 cas le 1^{er} jour.

21 cas le 2^e jour.

9 cas le 3^e jour.

2 cas le 4^e jour.

4 cas le 5^e jour.

2 cas le 8^e jour.

1 cas le 11^e jour.

1 cas le 12^e jour.

2° Par rapport à l'expulsion du méconium :

8 avant l'expulsion.

20 après l'expulsion.

3° Par rapport au séjour :

26 cas en ville.

48 cas à l'hôpital.

4° Touchant la guérison :

Melæna, 18 cas sur 38.

Hématémèse, 3 cas sur 8.

Gastro-intestinale, 14 cas sur 27

Soit :

Melæna	47 $\frac{0}{0}$
Hématémèse.	37 $\frac{0}{0}$
Gastro-intestinale	52 $\frac{0}{0}$

5° Quant au sexe :

Nombre de garçons	33
Nombre de filles . .	32

En résumé, l'hémorragie gastro-intestinale se déclare le plus souvent du 1^{er} au 2^e jour après la naissance.

Le plus souvent après l'expulsion du méconium.

La nature en est plutôt intestinale que gastrique.

La forme gastro-intestinale est celle qui offre le meilleur pronostic.

L'hématémèse pure est la plus redoutable.

En rapprochant des premières observations rapportées dans l'historique de cette thèse, les deux cas relevés tout dernièrement à Nîmes et à Médéah, nous sommes tentés d'y voir des conclusions identiques et d'admettre la cause qui forme le but de ce travail. En partageant l'opinion de M. le professeur Grynfeldt quant à la muqueuse normalement congestionnée chez le nouveau-né, nous pensons qu'un irritant tel qu'un purgatif a pu déterminer sur cette muqueuse une tension exagérée qui explique l'hémorragie après ingestion d'un évacuant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les différents résultats relevés par les examens nécropsiques ne s'accordent pas entre eux ; ils diffèrent avec les auteurs qui en ont tiré des conclusions souvent incertaines.

Nous venons de voir, dans le chapitre consacré à la revue rapide des causes étiologiques de l'hémorragie gastro-intestinale des nouveau-nés, combien étaient nombreuses les opinions qui parfois font école et combien elles varient.

Le professeur Hergott, au dernier Congrès obstétrical, signale le cas de l'enfant Lefèvre, qui mourut 10 heures après sa naissance. Au début de l'autopsie, on ne trouva rien qui pût expliquer comment l'hémorragie s'était produite. Le tube digestif, examiné de bas en haut, ne présentait rien de particulier. Les muqueuses stomacale et intestinale étaient normales. Nulle trace d'ulcération. Seul, le cœur gauche était atrophié. De cette atrophie, M. le docteur Hergott déduit une étiologie séduisante : le vice de conformation trouvé sur le cœur du nouveau-né était incompatible avec la vie.

Dans un grand nombre de cas, on a observé des ulcérations sur les parois de l'estomac et du duodénum. Le tableau anatomopathologique ci-joint, emprunté à la thèse de Dusser, donnera la proportion des lésions relevées.

OBSERVATIONS	ULCÉRATIONS		
	de l'estomac	du duodénum	Pas de lésions
II.	»	»	1
IV	»	»	1
V.	»	»	1
IX	»	»	1
X.	»	»	1
De Carteaux	1	»	»
Neale	»	»	1
West.	»	»	1
Billard	»	»	1
id.	1	»	»
id.	1	»	»
Pomorski	1	»	»
Zeischwitz	»	1	»
Ritter.	1	»	»
Spiegelberg.	»	1	»
id.	»	»	1
Croom	»	1	»
Sawtel	»	»	»
Auders	1	»	»
Kling (4 autopsies)	2	»	2
Buiz	1	»	»
Landau	»	1	»

Sur ces 25 autopsies, on a pu constater 4 fois des ulcérations du duodénum et 9 fois un ou plusieurs ulcères de l'estomac.

Ces ulcérations sont des résultats dont la cause déterminante reste sujette à discussion. Pour les expliquer on a invoqué tour à tour : l'embolie, la folliculite, l'endopériarthérite d'origine syphilitique, l'hémophilie, etc., et en un mot la diathèse acquise.

En l'absence d'ulcération, on retrouve de la congestion des muqueuses stomacale ou intestinale; cette congestion est acceptée par la plupart des auteurs.

Enfin et dans un grand nombre de cas, 41 fois sur 25 (voir le tableau précédent), on ne constate à l'autopsie aucune lésion.

Nous pensons, sans preuve histologique à l'appui, que dans certains cas de melæna survenant à la suite de l'ingestion intempestive d'un purgatif violent, l'hémorragie vient de la rupture des jeunes capillaires, rupture déterminée par des mouvements péristaltiques hâtifs et exagérés. Il est admissible que la nature diathésique du sujet soit une cause prédisposante et qu'un semblable terrain offre moins de résistance au traumatisme intestinal. Cela étant, l'autopsie ne pourra rien relever du simple examen macroscopique.

Le purgatif porté dans le canal alimentaire, outre les mouvements péristaltiques, y produit une vive congestion, et l'hémorragie peut s'effectuer par simple transsudation des globules rouges.

La nécropsie, dans cette hypothèse, ne pourra faire ressortir que l'état congestif de la muqueuse, qui est, suivant M. le professeur Grynfeltt, normal chez le nouveau-né.

SYMPTOMES

Tout d'abord, disons que ces hémorragies sont heureusement assez rares. Elles se produiraient, d'après Genrich, une fois sur mille naissances ; la proportion admise^e par M. Dusser est à peu près la même ; le professeur Hergott, de Nancy, n'en a observé, dans son service, que deux exemples sur trois mille accouchements.

Ceci dit, examinons le moment approximatif de l'apparition de l'hémorragie.

Le début de cet accident appartient généralement aux premiers jours de la vie. Il arrive, cependant, qu'il ne s'observe que plus tard, dans les 8 ou 15 premiers jours qui suivent la naissance. Ces derniers cas constituent un phénomène peu commun et sont cités.

Bien que plusieurs auteurs aient signalé les symptômes prémonitoires qui permettent d'établir comme certaine l'existence de l'hémorragie gastro-intestinale, les prodromes passent le plus souvent inaperçus. Rien n'est donc plus variable, et cela tient à la plus ou moins grande quantité de sang expulsé par le bébé.

La pâleur, l'agitation, ne sont pas toujours un signe précurseur, et il arrive que c'est en changeant de langes, que la nourrice constate l'hémorragie. Elle s'aperçoit alors, à son grand étonnement, qu'une tache de sang a imbibé les linges de part en part ; puis, en continuant son investigation, la terreur fait

place à son étonnement, car l'enfant baigne dans l'évacuation sanguine.

Lorsque le sang est évacué, il se présente sous différents aspects, rouge liquide, coagulé ou brunâtre, suivant qu'il a séjourné plus ou moins longtemps dans l'intestin ; quelquefois même sa couleur noirâtre peut le faire confondre avec une matière analogue à du savon noir et qui serait tout simplement du méconium.

Quand la perte est abondante, l'enfant en un instant est inondé ; il ne peut alors résister à cet écoulement qui l'épuise ; l'anémie s'annonce par de la pâleur, les muqueuses sont décolorées, les extrémités froides. Le nouveau-né s'alimente mal, il refuse le sein, reste sans force, cesse de crier ; le pouls devient petit et il meurt dans le coma. Suivant quelques auteurs, il peut encore être atteint de convulsions. Cela n'a rien que de normal, car l'anémie retentit sur le cerveau plus que sur tous les autres organes. Graduellement privé de la quantité de sang nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions, le cerveau exprime ses souffrances par la somnolence ou des convulsions.

Dans ces conditions, l'écoulement peut durer de 2 à 3 jours, quelquefois davantage, mais il n'excède pas une semaine.

On remarque aussi qu'à la suite d'évacuations sanguines, cependant abondantes, le bébé ne présente aucun signe extérieur qui dénote la souffrance.

Il faut attribuer cette exception à la constitution plus ou moins forte de l'enfant en venant au monde ; il est certain que le nouveau-né venu avant terme, déjà atteint de diathèse héréditaire, ou né de parents vivant de privations, sera beaucoup moins apte à supporter une perte de sang répétée.

Dans d'autres cas, le melæna et l'hématémèse sont concomitants. Par suite de la sympathie qui existe entre les diffé-

rentes parties du tube digestif, le sang amassé dans l'intestin finit par être expulsé par ses deux orifices.

L'hématémèse est moins fréquente que le melæna et la perte de sang qui en découle moins considérable ; enfin, quelle que soit l'abondance de l'hémorragie, le ventre est le plus souvent souple, il ne présente que rarement un point douloureux.

Certains auteurs parlent aussi d'hémorragies internes dont le véritable siège ne peut être pressenti. Elles sont rares ; on ne signale que deux cas d'hémorragie gastro-intestinale reconnus à l'autopsie et rapportés par Gendrin : « Nous avons rencontré, dit cet auteur, deux fois l'hémorragie gastrique, très peu considérable sur le cadavre de deux enfants morts 2 ou 3 jours après la naissance, avec des phénomènes apoplectiques ; la congestion sanguine gastro-intestinale était excessive et hors de proportion avec l'hémorragie faible, qui ne s'était manifestée par aucun symptôme pendant la vie. »

Ajoutons, pour clore ce chapitre, que l'expulsion du méconium précède généralement l'hémorragie ; elle peut aussi être concomitante et, enfin, dans certains cas, la suivre de très près.

DIAGNOSTIC

Le seul symptôme de l'hémorragie gastro-intestinale est la perte du sang sous forme de melæna ou d'hématémèse.

Reconnaître sa présence et sa nature est facile, et le diagnostic n'aura plus chance de s'égarer lorsqu'on aura étudié les symptômes qui peuvent résulter d'hémorragies différentes et étrangères à la forme gastro-intestinale.

L'examen de la plaie ombilicale permettra d'écarter l'omphalorrhagie. Quant à la coloration des urines, elle donnera l'état exact du rein et l'examen de l'urètre survenant ensuite ne laissera plus de doute.

Aussi faciles à reconnaître seront les pertes de sang par la vulve. Mais l'hémorragie dépend quelquefois d'autres causes qui, après première étude du sujet, seront éliminées. C'est ainsi que le sang peut être dégluti à la suite d'une épistaxis de l'arrière-gorge, après toutes les opérations chirurgicales pratiquées soit dans la bouche (section du frein de la langue), soit dans le nez ou le pharynx.

De telles hémorragies ne sauraient en imposer ; nous ne les signalons que pour mémoire, ainsi que les hémorragies de la première enfance venant des bronches, etc. Pendant l'accouchement une hémorragie d'origine maternelle, comme le décollement prématuré du placenta, peut ensanglanter le nouveau-né. Sous les premiers efforts d'inspiration, l'enfant absorbe du sang, qu'il rejette ensuite sous forme de vomissement.

Parmi les causes nombreuses susceptibles d'amener une erreur de diagnostic, il n'y en a guère de plus fréquentes que l'altération du lait par le sang venant du mamelon de la mère. Chez quelques jeunes femmes, le bout du sein saigne avec une grande facilité; chaque fois que cette circonstance se présente, l'enfant absorbe avec le lait une certaine quantité de sang qui peut teinter ses régurgitations.

La nourrice, en tout état de cause, doit être consultée, car elle n'a pas été sans s'apercevoir que son mamelon était ensanglanté.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que, dans la crainte d'être congédiée, elle peut cacher la remarque qu'elle a faite elle-même.

En présence du doute, l'examen des seins, en permettant de se rendre compte s'ils ne sont pas atteints d'érosion, de fissures, fournira des renseignements sur leur état, et laissera apercevoir le corps du délit.

En résumé, dans tous les cas précédents, il y a eu ingestion de sang par le nouveau-né et le melæna qui en résulte est dit melæna spuria.

Après un examen approfondi de toutes les causes pouvant amener une erreur, on peut alors affirmer, en face de la perte de sang, soit par le haut, soit par le bas, la présence de l'hémorragie gastro-intestinale.

C'est le moment, le cas étant possible, de questionner l'entourage et de demander avec beaucoup d'insistance si le bébé n'aurait pas absorbé un médicament, administré avec les meilleures intentions du monde pour le débarrasser de son méconium ou de ses glaires. La réponse affirmative justifiera le diagnostic, et les causes de la maladie seront éclairées.

PRONOSTIC

L'hémorragie gastro-intestinale est une affection grave, mais dont il ne faut pas désespérer. Le pour cent a établi la quantité de guérisons et la proportion n'est pas aussi effrayante qu'on serait tenté de le croire. Malheureusement, la plupart des enfants qui ont été atteints de melæna restent délicats, et leur état maladif les prédispose aux maladies de l'enfance.

Hesse croyait cependant que ces maladies constituaient une saignée naturelle et en faisaient un pronostic favorable.

Le docteur Comby, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, écrit, à l'article *Melæna* : « J'ai vu céder facilement la plupart des entérites hémorragiques que j'ai observées. »

Le docteur Oui rapporte, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, la guérison de 4 cas d'hémorragie gastro-intestinale chez le nouveau-né. Ces 4 dénouements heureux prouvent, suivant lui, que les hémorragies ne sont pas aussi graves qu'on le pense généralement.

La mortalité a atteint, mais ne dépasse pas 49 %. L'étude des statistiques nous apprend que :

Kling a perdu 6 enfants sur 17, soit 35,29 % de mortalité.

Rilliet, 11 enfants sur 23, soit 47,82 % de mortalité. Ce dernier a pu constater que deux jumeaux atteints de melæna dans les premiers jours de leur naissance, ont guéri, contre toute attente. Le premier avait du melæna, le deuxième une hémorragie gastro-intestinale.

Les 78 observations consignées dans la thèse de Dusser donnent les résultats suivants :

38 morts, soit 48,73 % de mortalité, ainsi répartie :
38 cas de melæna ont donné 20 morts ;
8 cas d'hématémèse ont donné 5 morts ;
27 cas d'hémorragie gastro-intestinale ont donné 13 morts.
Soit, quant à la forme, et en chiffres ronds :

Melæna, 53 % ;
Hématémèse, 63 % ;
Hémorragie gastro-intestinale, 49 %.

La gravité a suivi la progression ci-après :

- 1° La forme hématémèse ;
- 2° La forme melæna ;
- 3° La forme gastro-intestinale.

Les 6 observations qui figurent dans cette thèse sont des hémorragies qui ont été précédées d'ingestion d'un purgatif ; elles ont donné une mortalité de 50 %.

L'échelle de la gravité a été la suivante :

- 2 enfants morts de melæna ;
- 1 enfant mort d'hématémèse.

Ce qui revient à redire que la forme gastro-intestinale est celle qui compte le plus de guérisons.

Le pronostic dépendra donc de la forme de l'hémorragie, de la perte de sang, de la résistance du petit malade. Ces différents facteurs doivent intervenir pour établir le degré de gravité de l'affection. Mais, en tout état de cause, si l'hémorragie reste une maladie sérieuse, il ne faut pas perdre de vue que certains cas, considérés d'abord comme désespérés, ont

donné, grâce à un traitement, bien appliqué, une guérison inattendue.

Les enfants ont besoin ensuite de soins continus ; ils sont affaiblis, et doivent être traités comme des prématurés ; ils en ont et la délicatesse et l'intolérance gastrique.

OBSERVATION DE BREBISIUS

Rapportée dans la thèse du Dr Bozonet

« Uxor Ludimagistri, staturæ mediocris, temperamenti sanguinem melancholici, plurimum liberorum jam mater, tempori partus proxima, postquam integrum præcedentem diem graves inter sed spurios partus dolores consumerat. Altera die tandem intra nonam et decimam vespertinam horam, levidus conatibus, puerulum venustum, simul tandem admodum debilem, exclusit, qui quidem post balneum ex vino et aquâ paratum, vires iterum collegit et per reliquum noctis bene dormivit. Mane vero expectatus, longe debilior deprehendebatur, apparente simul in facie toto que corpore colore fere cœruleo, inde confestim lintea vino calido imbuta roborandi gratia pectori imponebatur. Adstans amici conjux remota in voluerat perlustrat et in illis plurimum sanguinis congrumati deprehendit quem adstantes ex funiculo umbilicali nimis laxè deligato provenisse suspicabantur. Nihilque mali alterius abinde metuentes puerulum cui a vini calidi applicatione vires interim redierant, ad sacrum deferri lavacrum. *Curant ipsique ad expurgandum meconium mixturam ex oleo, amagdalarum dulcium syrupo de manna et pauxillo spermatis ceti exhibent cum successu optimo*; sic quidem ille exinde vegetior apparens spem præ se ferebat diuturnæ vitæ. Verum secundo post partum die, circa vespere redibant et debilitas et color iste cœrulens, cum difficultate spirandi, largaque sanguinis excretionem per os et nares sic que paulo post puerulus sine clamaribus, sine motibus convulsivis vitam brevissimam placide finivit. »

Pour Brebisius, la mort serait due à la rupture d'un vaisseau ainsi qu'aux pressions nécessitées par l'accouchement laborieux. Bozonet fait remarquer que cette explication est inadmissible ; car l'hémorragie et la mort auraient été immédiates. »

TRADUCTION

La femme d'un maître d'école, de taille médiocre, de tempérament sanguin et bilieux, déjà mère de plusieurs enfants, étant près d'accoucher, fut prise pendant tout un jour par des douleurs très vives mais cependant fausses de l'enfantement. Le lendemain entre neuf et dix heures du soir, après de légers efforts, elle donna le jour à un petit enfant doux, gracieux et en même temps faible ; il reprit des forces après un bain de vin et d'eau, puis reposa bien toute la nuit. Mais le matin s'étant éveillé, on s'aperçut de sa grande faiblesse ; son corps et sa figure avaient pris une teinte presque bleue : immédiatement on lui appliqua des compresses trempées de vin chaud pour donner plus de force à la poitrine.

L'épouse d'un ami qui se trouvait là, porte ses regards sur les langes (*qui avaient servi à recueillir l'enfant*) mis de côté, et y aperçut beaucoup de caillots de sang, que les personnes attribuèrent au cordon ombilical trop lâchement attaché.

Dès lors, ne craignant plus d'autre mal, et les forces *étant revenues* à l'enfant, après l'application du vin chaud, on le porta sur les fonts baptismaux.

On le soigne et en vue d'expulser le méconium, on lui donne une mixture composée de sirop de manne et d'huile d'amande douce et un petit peu de spermaceti. Le remède réussit très bien. Après quoi, l'apparence vigoureuse de l'enfant leur donna l'espoir d'une longue vie. Mais deux jours après l'accouchement, vers le soir, la faiblesse et la teinte bleue reparaissent.

sent, l'enfant respire avec difficulté, une grande hémorragie se produit par la bouche et par le nez, tellement que peu d'instants après le petit enfant finissait sa très courte vie tranquillement, sans cris, et sans mouvements convulsifs.

OBSERVATION RAHN-ESCHER

Rapportée dans la thèse du docteur Dusser

G..., petite fille, vint au monde le 25 novembre 1831. Sa mère, âgée de 35 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament bilieux, mélancolique, irritable, réglée de bonne heure, ayant sa menstruation régulière, mais toujours avec des spasmes assez forts, en était à ses premières couches; le travail s'était fait avec régularité; le sang et les lochies s'écoulèrent avec facilité, mais la sécrétion du lait fut peu abondante; un catarrhe pulmonaire retarda le retour à la santé.

La petite fille était délicate, ses cheveux et ses ongles peu formés, le placenta petit, les eaux de l'amnios naturelles, mais peu abondantes. L'enfant dormait presque toujours, changeait souvent de couleur et était prise de convulsions des membres et de la face; la déglutition était difficile, provoquait souvent des nausées; la respiration, d'abord faible, s'était peu à peu régularisée. Il n'y avait point eu d'évacuation de méconium; l'urine s'écoulait naturellement; le soir, il y eut deux selles d'un méconium épais et visqueux à la suite de l'administration du sirop de manne.

Mais déjà le lendemain matin, de très bonne heure, il survient rapidement, l'une après l'autre, trois selles abondantes de sang qui, comme dans le premier cas, produisent

un épuisement extrême et subit des forces de la malade, des convulsions, etc... Pouls, respiration et chaleur du corps presque nuls, pâleur mortelle ; à chaque mouvement un peu prononcé du corps, il s'écoule par l'anus de nouvelles quantités d'un sang tantôt coagulé, tantôt liquide. Le cordon ombilical était exsangue et flétri. On ne peut dire s'il s'était écoulé de l'urine, car il était difficile de la distinguer de la sérosité sanguinolente. (Même prescription d'alun et de musc que dans le premier cas ; fomentations avec la décoction de quinquina sur le bas-ventre ; pour boisson, un mélange de coing avec du thé de cannelle par cuillerées à bouche.)

Journée tranquille ; mais, le soir, retour des hémorragies aussi abondantes que le matin et faiblesse extrême. Trois gouttes de teinture de musc éthérée, données d'abord toutes les demi-heures, et plus tard toutes les heures et demie, rétablissent peu à peu les forces, régularisent les évacuations, arrêtent les hémorragies et font naître un peu d'appétit. Des coliques étant survenues, on prescrit une émulsion d'amandes avec du musc et des frictions sur le bas-ventre avec l'huile cuite et de l'eau éthérée de camomille ; de plus, bains aromatiques, auxquels on ajoute du quinquina, jusqu'à ce que l'extrême faiblesse ait disparu. Une alimentation nutritive, composée en grande partie de salep indien (arrow-root), délayé dans de l'eau chaude sucrée, restaura les forces jusqu'à un certain point ; mais l'aspect cacheetique, la pâleur ne disparurent point. La première dentition se montra au sixième mois, et déjà, à cette époque, il existait une atrophie abdominale avancée, ainsi que les premiers signes d'une hydrocéphale chronique, à laquelle l'enfant n'a point tardé à succomber.

OBSERVATION RILLIET ET BARTHEZ

Rapportée dans la thèse du docteur Dusser

Le 30 janvier 1846, l'un de nous fut appelé, à une heure de l'après-midi, pour voir un enfant nouveau-né qui, disait-on, était dans le plus grand danger. Les renseignements suivants, recueillis de la bouche de la garde, furent plus tard confirmés par le Dr Maunoir. Ce petit garçon, né la veille à 4 heures du matin, était un jumeau. L'accouchement n'avait pas été spécialement difficile. Cependant, M. Maunoir avait dû employer le forceps ; les placentas étaient séparés, les eaux de l'amnios peu abondantes, le cordon n'offrait rien de remarquable. Il fut lié de la manière et dans le temps ordinaires. L'enfant était à terme, pas très gros, mais bien proportionné, bien vivant, criant avec force et non pléthorique. Toutes ses fonctions paraissaient à l'état normal, le méconium avait été expulsé quelques heures après l'accouchement, à la suite *d'une cuillerée à café d'huile de ricin*. L'enfant avait ensuite pris quelque repos, puis avait tété avec avidité. Rien, en un mot, ne pouvait faire supposer un accident quelconque, lorsque la garde s'aperçut, en changeant son linge, qu'un reste de méconium était mélangé avec une certaine quantité de sang. Deux heures après, l'enfant rendit une deuxième selle abondante de sang pur, liquide et mêlé à des caillots.

A 1 heure de l'après-midi, troisième selle sanglante riche en cruor ; c'est alors que nous fûmes appelés. Lorsque nous examinâmes le petit malade, nous le trouvâmes d'une pâleur mortelle. La garde nous dit qu'il avait beaucoup changé. Son

pouls était imperceptible, ses jambes et ses bras froids, ses yeux étaient habituellement fermés, ainsi que sa bouche. Il ne pouvait ni ne voulait rien avaler ; cependant, la motilité était conservée ainsi que le cri. Le ventre était souple, non tuméfié, la pression ne paraissait pas douloureuse, il n'y avait ni vomissements ni renvois. La bouche, examinée après abaissement forcé des mâchoires, n'offrait aucune lésion, il n'y avait pas de symptômes nerveux. Nous fîmes appliquer sur le ventre des compresses trempées dans du vinaigre froid, tandis que les extrémités étaient enveloppées dans des flanelles chaudes. Nous prescrivîmes des lavements avec 12 grains d'extrait de ratanhia ; ils furent presque immédiatement rendus, accompagnés d'une certaine quantité de sang. A 4 heures de l'après-midi, l'enfant est dans le même état ; nous le voyons avec M. le docteur Maunoir et nous prescrivons l'application sur le ventre de compresses trempées dans une forte décoction de ratanhia (2 onces pour 1 livre) et des lavements avec 12 grains d'extrait. Ils sont, comme les précédents, presque aussitôt rejetés et suivis d'une abondante hémorragie de sang liquide et coagulé. La sixième selle sanguine a eu lieu à 6 heures du soir ; on se contente alors d'appliquer des compresses. Le pouls est un peu relevé à 120. L'enfant a un très léger tremblement des mains et une oscillation des globes oculaires, mais pas de convulsions proprement dites ; le ventre n'est point ballonné. De 10 heures du soir au 31 au matin, on lui fait prendre de 8 à 10 cuillerées de lait froid, qui passe bien. A 8 heures du matin on le met au sein, il saisit facilement le mamelon et à plusieurs reprises. Le pouls est régulier et bien senti. A midi, deux selles peu abondantes, verdâtres, ne contenant ni sang, ni caécum.

A 1 heure, le facies est bon, teint très pâle, le pouls bien senti à 140 ; il tette facilement et avidement. Le tremblement

des bras et l'oscillation des yeux ont disparu, mais l'amaigrissement est considérable et les chairs sont flasques.

8 février, à 8 heures du matin, il rend deux selles jaunâtres ; pendant la nuit, il avait tété à plusieurs reprises pendant deux ou trois minutes ; le pouls est petit, mais les cris sont énergiques et les mouvements annoncent de la vie. La figure est amoindrie, elle a une teinte jaune caractéristique des hémorragies. Le ventre ne présente aucun symptôme notable, sauf une matité de trois travers de doigt sans que, cependant, la rate déborde les côtes. Ce jour-là, la guérison pouvait être considérée comme assurée, et, en effet, elle s'est soutenue ; l'enfant a rapidement prospéré, les fonctions digestives s'exécutant normalement ; mais la pâleur a persisté pendant longtemps. A l'âge de 6 semaines on l'a vacciné, et la peau, bien qu'à peine écorchée par la lamelle, a fourni une grande quantité de sang. Aujourd'hui il a 7 ans, il est bien portant, mais toujours pâle et un peu fluet.

OBSERVATION DE BINZ

Enfant du sexe féminin, venue au monde le soir du 25 janvier 1865. Travail naturel d'une durée de onze heures.

La santé de l'enfant paraît bonne. Mère fort bien constituée ; elle a déjà trois enfants bien portants, qu'elle a tous nourris.

Pendant sa dernière grossesse, elle a été attristée par des événements pénibles. Le père est, depuis plusieurs années, atteint d'une syphilis secondaire, dont il porte les traces encore. Aucun des enfants n'est affecté de syphilis constitutionnelle.

Malgré les événements malheureux précités, la grossesse a été normale. Les mouvements du fœtus ont été aussi actifs que d'ordinaire. Au moment de la naissance, on constate qu'il existe des circulaires autour du cou assez serrées.

Le 26 janvier, l'enfant se porte bien, prend parfaitement le sein de sa mère ; le méconium est rendu en quantité suffisante. Cris nombreux et aigus.

Le 27, légère diarrhée, qui augmente le jour suivant, selles vertes, mais ne sentant pas mauvais. Pas de vomissements. La sage-femme donne à l'enfant une demi-cuillerée à café de *poudre de magnésie*.

La nuit du 29, la diarrhée augmente beaucoup, tout en conservant les mêmes caractères. L'enfant boit beaucoup et avec avidité.

Je suis appelé le 30 janvier, et en présence de la multiplicité des selles, je crois devoir ordonner : lapid. cancr. 5 B. Elacosph. macid. Sacch. lact. ana. 3 zz. M. D. S., toutes les trois heures, à petites doses.

Le 31, aucune amélioration. Les selles sont plus liquides, digérées, surviennent toutes les demi-heures. Il se produit une excoriation au niveau de l'anus. Facies abattu. Je prescrivis une potion au nitrate d'argent, à prendre par cuillerée à café toutes les deux heures ; on y joint en même temps dix gouttes de vin de Malaga.

Cette nouvelle médication n'avait, au bout de vingt-quatre heures, pas plus produit de résultats que l'ancienne. Le lait maternel ne pouvait pas être incriminé ; il ne rougissait pas le papier de tournesol, était d'une belle couleur blanc jaunâtre, et appartenait enfin à une mère très bien portante.

J'ordonnai cependant d'en donner à l'enfant moins que d'habitude. La diarrhée continuant toujours, je me décidai enfin à faire venir une nourrice étrangère, dont l'enfant, né quatorze jours auparavant, était très bien portant.

Je prescrivis en même temps : R. p. Tinct. opici gtt. unam. aq. font, 3. v. z. Syr. Crocei 3. z. M. D. S., toutes les deux heures une cuillerée à café.

Le 3 février, la diarrhée est totalement arrêtée, malheureusement les autres symptômes ne s'améliorent pas. J'étais en droit d'attribuer, jusqu'ici, les cris, les mouvements convulsifs, l'agitation, l'insomnie, au catarrhe intestinal; mais ces différents phénomènes ne disparurent aucunement après la cessation de la diarrhée. L'examen physique ne démontrait pourtant la présence d'aucune difformité; l'ulcération anale était guérie.

Le 3 février, j'ordonne la mixture opiacée: un bain tiède prolongé amène, pour la première fois depuis 5 jours, quelques heures de sommeil. Peu après, le réveil recommence l'agitation. Il survient des vomissements, la pointe de la langue est rouge et sèche, le reste de la langue est recouvert d'une couche blanchâtre, que le microscope démontre être du mycelium. L'enfant vomit, et les matières rejetées sont de couleur blanchâtre.

J'ordonne, le matin du 4 février : Kalc. chloric. ad aq. z. j., toutes les deux heures une cuillerée à café.

Le soir, les vomissements s'étaient calmés, mais les forces continuaient à diminuer, l'agitation persistait. Le but thérapeutique ayant été atteint, on interrompt le médicament.

Le 5 février au matin, les vomissements reparaissent. On me montre les matières que l'enfant avait vomies, et j'y rencontre des caillots noirâtres, d'aspect chocolat.

OBSERVATION DU DOCTEUR BARRAL

DE NIMES

(Extrait du journal de Médecine et de Chirurgie pratiques)

(art. 15752)

Samedi 7 octobre, on me prie de passer le plus tôt possible pour donner mes soins à un petit garçon âgé de 20 heures . Une sage-femme a fait l'accouchement et l'a bien fait ; l'enfant est venu à terme, il était bien constitué, vigoureux. C'était le deuxième enfant de la famille ; le premier, âgé de 18 mois, est né sain et n'a présenté jusqu'à aujourd'hui aucun phénomène morbide. Le père et la mère sont sains.

Le père, qui vient me chercher, me raconte que, dix heures après la naissance, la respiration de l'enfant a paru gênée, des mucosités nombreuses ont encombré la bouche ; peu à peu, ces mucosités ont été striées de filaments sanguinolents ; enfin, l'enfant a eu vers la seizième heure, un vomissement de sang. Depuis lors il en a eu deux autres ; il a aussi rendu un peu de sang par l'anus.

Je prie le père de garder le sang au cas de nouvelle hémorragie avant ma visite. Je n'étais pas très inquiet. Je supposais soit que l'enfant avait tété un mamelon fissuré (il avait déjà pris le sein), soit qu'on lui avait sectionné le filet sous-lingual, et que, dans les deux cas, le sang, accumulé dans l'estomac, était sorti par en haut et par en bas.

Je vois l'enfant à trois heures de l'après-midi, vingt heures après sa naissance ; j'examine d'abord les mamelons de la mère (nourrice) ; ils sont parfaits et sans fissure. On me montre le dernier vomissement : c'est un liquide brun-rougeâtre,

avec, à sa surface, de petites vésicules d'air, au niveau desquelles le sang est plus pourpré : il n'y a pas de caillot ; j'imagine que les vésicules sont dues au stationnement du sang dans la gorge où l'air est venu à son contact.

L'enfant est prostré dans son berceau, il ne crie ni ne se plaint ; son visage est jaune-pâle, ses yeux ouverts sont ternes ; les joues, le nez sont froids, ainsi que les mains.

Je regarde la bouche ; la langue est salie de brun, le filet est intact. Avec une cuillère, je regarde la gorge : rien ; la cuillère amène un effort de vomissement et du sang brunâtre.

On me porte au jour l'enfant emmaillotté, le maillot est sali d'une tache de sang brunâtre, large comme une assiette ; je le fais délayer ; dès que les langes inférieurs sont détachés, j'aperçois les petites jambes de l'enfant baignant, inscrustées en quelque sorte dans du sang demi-coagulé, brunâtre, quantité terrifiante si on considère le petit volume de l'enfant. Au milieu du sang, on distingue un peu de méconium, facile à reconnaître à sa teinte légèrement verdâtre ; par l'anus suinte un peu de sang brun tachant le linge en rouge foncé.

J'ausculte le cœur : il est sain ; les battements sont ralentis, affaiblis ; au poumon, rien non plus ; le ventre est souple, le foie n'est pas plus volumineux qu'il n'est à cet âge.

Je me demande la cause, je me demande s'il y a remède, étant donné l'état d'affaiblissement, l'état de refroidissement de l'enfant, surtout alors que l'hémorragie persiste.

Je prescris, en premier lieu, qu'on mette sur le ventre un fort tampon d'ouate qu'on serrera aussi énergiquement que possible, sans gêner cependant la respiration du bébé. Il prendra, d'heure en heure, une cuillerée de tisane d'orties blanches où l'on mêlera une cuillerée à café de la potion :

Ergotine	0 gr. 25 centig.
Sirop de ratanhia. . .	10 »
Sirop de gomme . . .	60 »

On lui donnera, toutes les trois heures, un petit lavement avec un quart de tasse d'eau et trois gouttes de perchlorure de fer.

Je recommande aussi de tenir les extrémités chaudes, soit avec l'ouate et le taffetas gommé, soit avec des bouteilles d'eau chaude.

Six heures après, je retourne auprès de l'enfant ; il est mieux, le sang a cessé de couler, l'enfant a repris sa chaleur, ses yeux sont plus vifs, il crie, il se plaint, il est revenu à la vie.

Les soins furent continués pendant la nuit, et, au matin, l'enfant rendait une selle absolument normale et sans hémorragies ; il avait pris le sein et n'avait plus vomi. Je prescrivis, en les éloignant, les mêmes soins, et depuis lors, l'enfant n'a plus présenté d'accidents analogues ; il a repris ses forces, tette bien et est aussi bien que peut l'être un enfant du même âge.

A quoi est due cette hémorragie ? A part les hypothèses déjà faites par moi, on pourrait penser à une malformation du cœur amenant l'hémorragie par stase sanguine dans l'appareil hépatique.

Le cœur est sain. Le poumon ne peut non plus être incriminé ; du reste, pour déterminer une hémorragie gastro-intestinale de cette abondance, il faudrait des lésions pulmonaires telles qu'elles ne permettraient pas la survie de l'enfant.

Je me suis arrêté, pour mon cas personnel, à l'hypothèse suivante : on a, chez nous, la déplorable habitude de purger les nouveau-nés. On leur administre une, deux, trois cuillerées à café de sirop de chicorée, souvent du sirop de rhubarbe. A la suite de ces purgatifs, on voit apparaître, dans la couche de l'enfant, des mucosités, des glaires comme disent les bonnes femmes, enchantées qu'elles sont de les voir se produire, comme un grand bénéfice pour le bébé.

Mais ces mucosités, ces glaires sont l'indice d'un premier

stade d'irritation et si cette irritation se poursuit, si l'inflammation est portée à l'extrême, n'y aurait-il pas là l'explication de ces hémorragies inexplicables autrement ? Il s'agirait d'une suffusion sanguine de l'estomac et du duodénum avec congestion hépatique, et ce qui le démontre, pour moi, c'est la facilité relative avec laquelle nous avons arrêté l'hémorragie, c'est l'efficacité surtout, reconnue par la garde, de la compression exercée sur la région gastro-hépatique.

Et si le fait est démontré (il serait facile de savoir si, dans toutes les hémorragies des nouveau-nés on avait ou non administré un purgatif), on ne saurait trop s'élever contre cette fâcheuse tendance, surtout alors que les bébés prennent le premier lait purgatif de la mère.

Donc je voudrais mettre en lumière ceci :

1° Rechercher si ce ne sont pas les purgatifs prématurés qui produisent ces hémorragies ;

2° Ces hémorragies produites, ne pas trop s'épouvanter et agir quoique la situation paraisse désespérée ;

3° Enfin, employer surtout la compression abdominale et administrer les quelques médicaments dont je me suis servi dans le cas que je cite et qui, du reste, sont ceux indiqués dans les cas analogues dont parle le docteur Oui.

Renseignements pris auprès du docteur Barral lui-même nous pouvons ajouter à l'observation précédente que l'enfant avait *absorbé du sirop de chicorée ou de rhubarbe*, trois heures après sa naissance et que l'hémorragie n'avait pas tardé à se produire.

Au 10 juin 1894, l'enfant, revu par le docteur Barral, se portait à merveille, il était fort et vigoureux.

OBSERVATION PERSONNELLE

Recueillie à l'hôpital de Médéah

La femme mariée Lelouarn (Marie), sans profession, habitant Médéah, porte des jardins, née au Havre le 7 septembre 1856, entre à l'hôpital militaire de Médéah le 16 décembre 1893, pour y faire ses couches. Elle paraît saine, bien constituée, sans antécédents pathologiques. La conformation du bassin est normale. Elle a eu quatre enfants, dont trois sont morts de maladies infectieuses : rougeole et scarlatine.

Tous ses accouchements se sont passés sans incidents.

Les premières douleurs se font sentir le 19 décembre, vers deux heures du matin, et la poche des eaux se rompt à sept heures, la dilatation est complète. La présentation est un sommet en occipito-iliaque gauche antérieure. La femme Lelouarn accouche spontanément et à terme, à neuf heures du matin, d'un enfant du sexe féminin. Pas de circulaire du cordon à réduire. Accouchement normal, sans aucune intervention. La durée du travail est de sept heures. Délivrance naturelle. Le placenta pèse 500 grammes ; il est unilobé. Aucune suite de couches ; la femme Lelouarn sort de l'hôpital le 10 janvier 1894. L'enfant est né bien portant, il pèse 3 kil. 400 et mesure 49 centimètres. Il n'a aucun vice de conformation. La ligature du cordon a été faite tardivement, trois minutes après l'expulsion du fœtus, suivant les conseils du professeur Tarnier. On s'est bien assuré, avant de pratiquer la ligature, qu'il n'y avait aucune portion d'intestin engagée dans le cordon. L'examen postérieur du nouveau-né démontre du reste qu'il n'y a pas de hernie ombilicale congénitale.

Le jour de sa naissance, 19 décembre à midi, l'enfant est remis à une femme qui allaite déjà un bébé de 10 mois. Cette dernière paraît saine et son enfant est en parfaite santé.

Le surlendemain, à la visite du matin, la nourrice se présente à l'hôpital ; elle dit que l'enfant qu'on lui a confié, après avoir rendu une matière vert foncé, d'une consistance poisseuse qui doit être du méconium, a perdu depuis la veille une grande quantité de sang par le bas. Les langes sont en effet imbibés de sang rouge-brunâtre ; les jambes et le bassin baignent dans l'évacuation sanguine. Par l'anus s'échappe encore du sang à demi-coagulé. L'enfant affaibli, exsangue, somnolent, n'a pas eu de vomissement. Il a pris le sein dans la soirée du 19, mais pour le moment il est sans force avec tendance au refroidissement. La peau présente une teinte jaune-cireuse, le cœur bat faiblement, les muqueuses sont décolorées, le pouls est petit.

On ne trouve rien d'anormal au poumon ; la gorge et le nez ne présentent rien qui puisse faire soupçonner une lésion. Les mamelons de la nourrice n'ont aucune fissure.

On arrive à découvrir enfin que la nourrice a donné la veille au nourrisson une cuillerée à café de *sirop de chicorée*, suivant en cela l'habitude qu'on a dans son milieu de purger les nouveau-nés dès leur naissance.

A ce cas désespéré on opposa le traitement suivant :

Lavement matin et soir avec :

Perchlorure de fer. 2 gouttes.

Eau tiède. 30 grammes.

Absorption toutes les deux heures de deux à trois cuillerées de lait naturel obtenu de la nourrice à l'aide d'un tire-lait.

Maintien de la chaleur normale.

L'hôpital militaire et civil comportant un service d'accouchement trop pauvrement doté pour posséder une couveuse de

Tarnier, Monsieur le Médecin chef Donion réalisa dans ce cas urgent, avec le matériel restreint dont il dispose, une couveuse improvisée avec un appareil à réchauffer les cholériques dont la description prendra place au chapitre concernant la médication générale.

Ce traitement amène, dès le deuxième jour, une amélioration considérable ; l'enfant sort de sa torpeur et l'hémorragie de moins en moins abondante ne s'annonce plus que par la sortie de quelques petits caillots sanguins.

Au troisième jour, les langes sont encore teintés.

Au quatrième, l'enfant a une selle jaunâtre.

Au cinquième, on voit les couleurs paraître, les yeux s'entrouvrir et le bébé revenir à la vie.

Au sixième, il peut prendre le sein.

Enfin le lendemain il sort guéri, après avoir perdu 350 grammes de son poids.

Pendant la durée de la maladie, l'atmosphère de la couveuse, d'abord élevée à 35, et maintenue à ce degré pendant trois jours, fut abaissée à 30 puis à 25.

Enfin la température de la salle restant à 23 degrés, l'enfant put sortir.

Depuis ce jour il n'a eu ni hématémèse ni melæna. Guérison complète. C'est le huitième jour que la chute du cordon s'est faite. Comme chez un enfant atteint de faiblesse congénitale, le cordon s'est désagrégé, tout en laissant une plaie qui par la suite s'est bien cicatrisée.

CONCLUSIONS

En réunissant dans un tableau les 6 observations d'hémorragie gastro-intestinale que nous avons relevées, nous en pouvons tirer les conclusions suivantes.

1° Apparition de l'hémorragie :

4 cas le premier jour.

1 cas le 2^{me} jour.

1 cas le 8^{me} jour.

2° Par rapport à l'expulsion du méconium :

1 cas avant l'expulsion.

5 cas après l'expulsion.

3° Touchant la forme :

2 cas d'hématémèse.

3 cas de méléna

1 cas d'hémorragie gastro-intestinale.

La seule forme gastro-intestinale s'est terminée par la guérison.

4° La durée de la maladie varie de 1 à 3 jours.

5° Quant au sexe :

3 filles.

3 garçons.

6° Les 6 cas semblent avoir éclaté en dehors d'une Maternité. Cela s'explique, à notre avis, par la facilité avec laquelle le public peut se procurer un purgatif, qui n'est délivré à l'hôpital que sur prescription du médecin.

Si on se reporte aux premières observations qui figurent dans cette étude, on verra que l'hémorragie gastro-intestinale a toujours été précédée d'un purgatif :

Sirop de manne.

Magnésie.

Huile de ricin.

Dans les deux cas récents que nous relatons, les seuls que nous ayons pu recueillir après avoir recherché de tous côtés, nous pouvons dire que l'hémorragie a été précédée d'une ingestion de sirop de chicorée. Le point d'interrogation que M. le docteur Barral, de Nîmes, place à la suite de son observation du mois d'octobre se trouve justifié par le cas de Médéah (Algérie), relevé à quelques jours d'intervalle. Nul doute que l'avenir ne vienne sanctionner une des causes du melæna par ingestion intempestive d'un purgatif. Il y aurait là une relation de cause à effet.

Examinons dans quel cas le sirop de chicorée est prescrit :

1° On le donne au nouveau-né pour évacuer le méconium amassé dans l'intestin pendant la vie intra-utérine. On supplée ainsi à l'action laxative du colostrum maternel quand le lait de la nourrice à laquelle l'enfant est confié a atteint un degré de formation parfaite.

2° Lorsque la sortie du méconium se fait attendre plus de 10 à 12 heures, bien que le nouveau-né soit nourri au sein de la mère. Il faut dans ce cas s'assurer que l'anus est perméable.

3° A l'enfant, quand il a une tendance à une constipation opiniâtre.

Le sirop de chicorée est un médicament du domaine public ; on l'emploie souvent à la légère, et dans les familles on l'administre sans hésiter à la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici la composition de ce médicament, d'un usage si courant, et qui est en réalité du sirop de rhubarbe composé quand il n'est pas du sirop de rhubarbe seul.

La voici :

Rhubarbe	200
Racine de chicorée	200
Feuille sèche de chicorée	300
Feuille sèche de fumeterre	100
Scolopendre	100
Baies d'alkékenge.	50
Cannelle	20
Santal citrin	20
Sucre	3000
Eau	q. s.

F. S. A.

Le formulaire de Bouchardat ajoute : « Le sirop le plus souvent désigné sous le nom de sirop de chicorée est très employé comme laxatif dans la médecine des enfants ; la dose est de 1 à 3 cuillerées par jour. »

En un mot, la composition du sirop de chicorée est telle qu'une cuillerée à café représente déjà les principes solubles de 0 gr. 29 centigr. de rhubarbe, soit 89 centigrammes dans une journée, si la dose absorbée est de trois cuillerées.

Quand le sirop de rhubarbe est substitué au sirop de chicorée composé, les trois cuillerées à café représentent 1 gr. 34 centigr. de rhubarbe soluble, soit, suivant Gaubius, plus de 16 grammes convertis en extrait pour un adulte.

Si nous ajoutons que la rhubarbe, qui forme la base de ces sirops, est un médicament qui varie complètement avec le prix, l'origine et la qualité de sa racine, que ses effets sont différents avec ses doses : tonique à petite dose pour l'adulte, laxatif et purgatif à doses plus élevées, on est obligé d'admettre que le public manie d'une manière inconsciente un médicament incertain, dangereux pour le nouveau-né, dont la muqueuse est si délicate.

Le pour cent annoncé par M. le professeur Hergott ne nous étonne que par la faiblesse des cas de *melæna* observés.

Une dose active de sirop de rhubarbe composé doit produire une tension sanguine exagérée, qui, jointe à des mouvements peristaltiques répétés, déterminent une perturbation considérable dans la circulation.

Nous serons ralliés à cette opinion si nous considérons la délicatesse de la partie de l'organisme déjà congestionné sur lequel le médicament est appelé à agir. On voit bien la dysenterie se déclarer chez les adultes à la suite d'un trop violent purgatif, tel que jalap ou coloquinte, qui sont d'origine végétale.

Il faut donc blâmer avec toute l'énergie possible l'usage du sirop de rhubarbe composé, qu'on donne dans certains milieux à tous les nouveau-nés sans exception. Cette purgation systématique est aussi dangereuse qu'inepte.

Dans la pratique, et si le besoin s'en fait sentir, il serait donc préférable, à notre avis, d'user d'un petit lavement simple, tiédi, salé ou glycérimé, ou simplement d'un petit suppositoire au beurre de cacao.

L'introduction d'une sonde très molle dans le rectum, permet aussi de triompher aisément de la constipation des nouveau-nés.

Tous ces petits moyens, qui agissent localement sur la

muqueuse du rectum et provoquent des contractions réflexes de l'intestin, doivent être préférés aux purgatifs, qui irritent l'estomac, amènent des diarrhées redoutables, qui peuvent alier au mclæna chez certains sujets prédisposés.

TRAITEMENT

Différents traitements ont été employés. Nous allons les passer en revue.

Rilliet et Barthez recommandent des applications d'eau froide sur le ventre.

D'après nous, le froid, en faisant contracter les fibres lisses des vaisseaux, agit comme hémostatique ; mais il peut aussi augmenter les mouvements péristaltiques de l'intestin, les exciter et aggraver l'hémorragie.

Gendrin appliquait des ventouses sèches aux lombes et au niveau des hypochondres, afin « d'opérer sur la peau des congestions sanguines dérivatives ».

En un mot, on a eu recours à des moyens très variés. En se reportant à l'article du docteur Oui, publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, nous voyons qu'on a successivement conseillé à l'intérieur le perchlorure de fer (Ribemont-Troos), à la dose de trois à cinq gouttes ; l'extrait de ratanhia (MM. Grynfeldt-Ribemont), à la dose de trois à quatre grammes.

Un peu de lait froid ou même glacé.

Dix grammes de cognac dans un peu de lait.

Un grog au naphtol (mélange dont il faut s'abstenir, car, chez les adultes, des accidents graves d'intoxication ont été relevés dans ces derniers temps par suite de l'association du naphtol et de l'alcool).

De légers purgatifs.

Enfin la diète absolue.

A l'extérieur on a eu recours :

Aux injections hypodermiques d'ergotine, employées avec succès par le docteur Oui et conseillées par M. le professeur Grynfeldt.

Quelques auteurs préconisent les révulsifs et en particulier les bains chauds (38 à 40 degrés), dont ils se sont bien trouvés.

« Dans les cas cités, on a employé ces bains avec un réel succès, mais on y joint également les frictions alcooliques, qui constituent chez les nouveau-nés un excellent moyen de révulsion ».

On peut encore ajouter à la médication précédente la position déclive de la tête, par rapport au reste du corps.

Pour terminer, et bien que l'expérience nous fasse défaut, nous pensons que, *dans le cas qui nous occupe*, le traitement rationnel doit répondre aux trois médications suivantes :

- 1° Combattre l'hypothermie ;
- 2° Assurer la nutrition ;
- 3° Arrêter l'hémorragie.

Le refroidissement peut s'éviter de différentes façons : soit en enveloppant l'enfant dans des flanelles chaudes et en maintenant la température à l'aide de cruchons d'eau chaude ;

Soit en faisant usage de la couveuse de Tarnier.

Le première manière d'opérer est de toutes la plus simple, mais elle présente l'inconvénient de ne pouvoir obtenir une température d'un degré déterminé et d'exiger pendant un certain temps des soins continus.

Quant à la couveuse de Tarnier, tout indiquée en pareil cas, les Maternités des grands centres l'ont seule en leur possession, et l'appareil, ne sortant jamais de l'établissement, ne peut être employé pour un mélaena reconnu à l'extérieur.

Il reste dans un cas urgent la ressource d'une couveuse im-

provisée : c'est cet appareil que nous nous sommes réservé de décrire.

Il se compose d'un cerceau recouvert de couvertures, placé sur un lit ; aux pieds, à l'extérieur, une forte lampe à alcool est surmontée d'un tuyautage coudé à angle droit, qui pénètre dans la couveuse et y porte la chaleur.

Une éponge mouillée suspendue à l'intérieur donne à l'air chaud l'humidité nécessaire, et un thermomètre indique la température.

L'enfant est placé dans son lit, la tête respirant en dehors l'air de la chambre. Une garde est chargée de veiller à la température et à la position du bébé.

On peut facilement obtenir une température humide de 38°, la régler et la maintenir sans trop de soins.

Il est difficile de fixer le laps de temps que l'enfant devra passer dans son appareil, cela dépendra de son plus ou moins de faiblesse. Dans tous les cas, on ne devra l'en sortir définitivement qu'après l'avoir habitué à la température extérieure en abaissant peu à peu la température de l'appareil. Il sera bon, dès le début, et afin de détourner le sang sur un autre point de l'organisme, de faire un peu de révulsion en frictionnant, matin et soir, les membres inférieurs avec des flanelles chaudes ou imbibées d'eau-de-vie camphrée.

L'enfant est, le plus souvent, trop faible pour opérer des mouvements de succion ; s'il peut encore déglutir, le meilleur sera de lui administrer, à la cuillère, toutes les deux heures, une dizaine de grammes de lait pris à la nourrice à l'aide d'un tire-lait.

Mais il arrive, dans le plus grand nombre de cas, que le bébé ne peut même plus accomplir cet effort. Il faut alors lui donner, à l'aide d'un tube de gavage, facile à confectionner soi-même, la nourriture dont il a besoin.

Il est bien entendu que dès que l'enfant peut téter on le met au sein.

Si le bébé est atteint d'hémorragie intestinale sans hématé-mèse, nous pensons qu'il est préférable, afin d'éviter les mouvements péristaltiques de l'intestin, de s'abstenir de lavements au perchlorure de fer.

Ce serait non-seulement perdre les bénéfices de l'action du perchlorure, mais encore courir les risques d'une nouvelle extravasation sanguine.

Le repos intestinal est préférable.

On peut, pour faire compensation, administrer par la bouche deux ou trois gouttes de perchlorure non acide, chimiquement neutre, ou, mieux encore, une goutte d'alcoolé d'opium mélangé au lait. L'opium a un effet physiologique marqué : il diminue les mouvements péristaltiques et les réactions de l'intestin.

Si l'enfant est pris d'hématémèse sans melæna, on peut encore donner du lait glacé opiacé.

L'injection d'ergotine nous semble indiquée dans tous les cas.

Enfin, comme traitement ultérieur, il faudra élever l'enfant suivant les règles d'une bonne hygiène, et lui donner une excellente nourrice.

RÉSUMÉ

Pour tirer en quelques lignes une conclusion des différents chapitres traités dans cette thèse nous ferons ressortir :

1° Que le melæna du nouveau-né se produit quelquefois à la suite de l'ingestion d'un purgatif ; dans ce cas, il peut être considéré comme un épiphénomène se manifestant chez certains sujets prédisposés.

2° Que l'hémorragie gastro-intestinale se déclare le plus souvent dans les premiers jours qui suivent la naissance.

3° Que l'évacuation sanguine s'observe généralement après l'expulsion du méconium.

4° Que les cas d'hématémèse et de melæna sont plus fréquents en ville que dans les Maternités.

5° Que la forme gastro-intestinale est moins grave que l'hématémèse seule.

6° Que le pronostic est loin d'être décourageant.

7° Que la nécropsie peut ne découvrir aucune lésion macroscopique.

Le traitement de l'hémorragie gastro-intestinale due à un purgatif consiste, suivant nous, en frictions sèches, séjour dans une couveuse improvisée, potion laudanisée (une goutte), injection d'ergotine et lait glacé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- EBARTH. — Académie des curieux de la nature. 1723. S. 552.
- BREBISIUS. — Académie des curieux de la nature. 1737, t. II.
- STORCH. — Theoriche und praktiche Abhandlunger über Kinderkrankheinten. Eisenach, 1750-51, I. Bd. S. 426, 3 Bd. S. 179.
- ETTLINGER. — *Commerc. litter. ad rei medicæ et scient. natur. incrementum institut.* Heb. XIV.
- TREW. — *Ibid.* Heb. VII, p. 5.
- RIEDLIN. — *Millenar. Obstr.*, p. 314.
- TRENKA. — *Obs.* id.
- ANONYME SUISSE. — *Archiv. der Medicin. Chirurgie und Pharmacie*, Aarau 1816, 1 Heft Jahrgang, p. 57.
- SCHMIDT. — *Medicini. Jahrbücher des K. K. Oesterreich, Staates*, 4, Bd., p. 2.
- HESSE. — *Melæna Neugeborener Annalen*, 1825, Juni. 6 Heft.
- BILLARD. — *De la muqueuse digestive à l'état sain et à l'état inflammatoire*; Paris, 1825. — *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 3^e édit., p. 384.
- ORFILA. — *Leçons de médecine légale*. Paris, 1828.
- DEVERGIE. — *Médecine légale*.
- RAHN-ESCHER. — *Gaz. méd.*, Paris, 1835.
- GENDRIN. — *Traité philosoph. de méd. pratiq.*, 1838, t. I, p. 189.
- HOFFMANN. — *Spontaner Blutabgang aus dem After eines neugeborenen Kinder*, *Badische Medicin. Annalen*, 1842.
- KIWISCH. — *Analyse de la Gaz. méd.*, Paris, 1814, p. 635.
- RILLIET. — *Traité clin. et pratiq. des maladies des enfants*, 2^e édit. 1861, t. II, p. 295, et Barthez et Sauné : *Traité pratiq. des mal. de l'enfance*, article *Melæna*.
- BOHN. — *Mundkrankheiten der Kinder*, Leipzig, 1866.
- BOZONET. — *Thèse de Paris*, 1866.

- WEST. — Maladies des enfants.
- REHN. — Ein Fall. von Magengeschwüren bei einem Kinde in Jahrbuch für Kinderheilk, 1873.
- STEINER. — Voir Compendium der Kinderkrankheiten, Drag. 1873.
Voir aussi traduction française, 1880, p. 236.
- LANDAU. — Ueber Melæna der Neugeborenen. Breslau, 1874.
- SILBERMANN. — Jahrbuch für Kinderheilkunden, vol. XI, fascicule IV, p. 78-385, 1877.
- KLING. — Dissert. inaug. Uber Melæna neonatorum. München 1875.
- RIBEMONT. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
- DUSSER. — Des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né. Thèse 1889.
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.
- GRYNFELTT. — Montpellier médical, t. I, 1892.
- JOLY. — Considération sur le melæna et l'hématémèse du nouveau-né. Thèse Montpellier, 1892.
- OUI. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1893.
- BARRAL. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1893.
- HERGOTT. — Annales de gynécologie, 1893.
- WEST. — Traité des maladies des enfants, p. 71.
- WILSON-FOX. — Diseases of the stomach. London, 1872.
- Semaine médicale, p. 242, 1893.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier le 13 Juillet 1894.

Le Recteur :
J. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier le 13 Juillet 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE.	vii
HISTORIQUE.	11
ÉTIOLOGIE	18
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	27
SYMPTÔMES.	30
DIAGNOSTIC.	33
PRONOSTIC	35
OBSERVATIONS.	38
CONCLUSIONS.	54
TRAITEMENT.	59
RÉSUMÉ.	63
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	65

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
